

DB22

吉 林 省 地 方 标 准

DB 22/T 3541—2023

日间手术中心护理质量安全管理规范

Management specification for ambulatory surgery center nursing quality safety

地方标准信息服务平台

2023 - 09 - 28 发布

2023 - 11 - 16 实施

吉林省市场监督管理厅 发布

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利，本文件的发布机构不承担识别这些专利的责任。

本文件由吉林大学提出。

本文件由吉林省卫生健康委员会归口。

本文件起草单位：吉林大学。

本文件主要起草人：瞿文瑞、金洪娟、郭德明、吴思宇、张智凝、田恒、刘倩倩、李锐。

地方标准信息服务平台

日间手术中心护理质量安全管理规范

1 范围

本文件规定了日间手术中心护理质量安全管理的基本要求、工作流程和应急管理。
本文件适用于日间手术中心护理质量安全管理。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

- GB 15982 医院消毒卫生标准
- GB 50333 医院洁净手术部建筑技术规范
- WS/T 368 医院空气净化管理规范
- WS/T 510 病区医院感染管理规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

日间手术中心 ambulatory surgery center

为日间手术患者提供一站式全流程服务的专用、独立场所，是医疗机构为提供日间手术服务的临床专科设立的集中式服务与管理平台。日间手术中心一般包括综合服务区、手术室、麻醉复苏室及病房等。

4 基本要求

4.1 人力资源

4.1.1 医疗机构负责日间手术护理人员资质准入的管理部门，依据人员资质管理制度、审批流程对申请从事日间手术工作的人员进行审批、备案和监管，定期组织日间手术工作人员培训并考核。

4.1.2 日间手术中心（部）、病房护理人员应具备以下条件：

- a) 有护士执业证书并注册；
- b) 护士长，有十年以上临床护理工作经验，主管护师及以上职称，胜任病房管理工作；
- c) 高年资护士，具有五年以上临床护理工作经验，主管护师以上职称，护理技术操作熟练，具备应急处理能力，通过日间手术岗位培训和考核；
- d) 护士，基本条件同病房护士，日间手术中心护士应熟悉内科、外科、专科护理和基本加速康复外科护理相关知识，通过日间手术岗位培训和考核；

4.1.3 不同日间手术中心（部）、病房应根据自身结构与条件，从不同级别护士配置比、预约护士与手术台次比、手术级别与护士配比及护患比等方面灵活合理调动护理人力资源。

4.2 环境资源

4.2.1 有条件的医疗机构可设立独立的日间手术中心，包括但不限于院前预约中心、综合服务部、手术室、麻醉复苏室、日间病区及随访工作站。日间手术中心建设应满足：

- a) 应符合 WS/T 510 的要求；
- b) 布局设计宜以优化患者及其家属就医路线和体验、提升护理人员工作效率为目标；
- c) 采用多种方式为患者及其家属提供服务流程信息、路线指引及术前宣教、术后指导等信息；
- d) 日间手术中心的手术室设施应符合 GB 50333，环境应符合 WS/T 368、GB 15982，应配备各类常规麻醉和围术期管理用药及抢救药品，有明确的抢救流程。

4.2.2 采用分散式和集中式管理日间病房，对日间手术患者应有明显标识，易于识别。

4.2.3 日间手术服务场所内应配备电除颤仪、抢救车等必备抢救器械与药品，具有 24 小时急救保证。

4.3 制度建设

医疗机构应建立日间手术服务管理制度，内容包括但不限于：

- a) 服务目标、管理部门、服务模式、服务流程及服务内容；
- b) 日间手术室、病房及相关设施环境的设置；
- c) 服务团队建设、组织管理、岗位职责；
- d) 患者准入、人员准入管理办法；
- e) 护理病历书写规范及管理要求；
- f) 应急预案。

5 工作流程

5.1 全流程服务要求

日间手术全流程服务包括但不限于以下要素：

- a) 手术前：患者评估、健康教育、预约排程；
- b) 手术日：术前再评估、术前宣教、患者准备、患者核对、麻醉复苏、术后评估、术后护理；
- c) 手术后：术后随访、术后指导及信息管理。

5.2 健康宣教

5.2.1 术前健康教育

5.2.1.1 手术相关

简介手术方式、麻醉方式以及术后镇痛方案，告知术中可能出现的并发症及解决方案。

5.2.1.2 术前饮食指导

详细告知患者禁食禁饮具体时间及要求。

5.2.1.3 用药指导

术前有特殊用药的患者，如清肠液、降压药、降糖药等，指导其进行正确的使用。

5.2.1.4 住院指导

告知患者家属具体入院时间、住院地点、大致手术时间、住院时间、医疗文书资料的准备、在家里患者自身的准备、家属陪伴等手术相关信息。

5.2.2 术后健康教育

5.2.2.1 饮食指导

进行术后饮食的指导。

5.2.2.2 体位指导

根据不同的病种，进行术后体位的指导。

5.2.2.3 活动指导

根据不同的术式，进行术后活动的指导。

5.2.2.4 心理护理

关注患者心理，提供相关心理护理。

5.2.2.5 专科护理

根据手术种类，为患者提供相应的专科护理，如引流管、造口、伤口等护理。

5.2.3 出院后健康教育

5.2.3.1 伤口指导

正确告知有伤口的患者应如何进行相应的处理。

5.2.3.2 活动指导

进行出院后的活动指导。

5.2.3.3 自我观察指导

根据不同的病种和术式，指导患者进行自我观察及识别异常征象，如伤口引流量、分泌物性状、体温变化等。

5.3 院前管理

院前护理人员应熟悉医院各项规章制度、医疗政策法规、医疗收费和报销流程等，具备较强的多学科团队协作意识，良好的沟通和语言表达能力。术前1日再次与患方确认手术信息，以保证医疗资源的充分利用，对爽约率等指标做持续质量监控。

5.4 院中管理

5.4.1 知情同意

5.4.1.1 院前护理人员宜采取多形式告知患者术前预约流程及手术相关信息，如书面、口头及互联网，知情同意书见附录A。

5.4.1.2 院中告知患者及家属手术及护理相关注意事项。

5.4.1.3 院后告知术后随访流程及注意事项。

5.4.2 术前准备

5.4.2.1 按照《日间手术护理评估及交接记录单》要求逐项准备,见附录 B。

5.4.2.2 收集并审核术前检查资料。

5.4.2.3 完善术前健康教育。

5.4.2.4 遵医嘱及时准确执行术前用药。

5.4.3 患者交接

5.4.3.1 术前交接

5.4.3.1.1 责任护士做好患者准备。

5.4.3.1.2 建立《日间手术护理评估及交接记录单》并签字。

5.4.3.1.3 严格执行查对制度,责任护士与术者、麻醉医师一起核对患者信息、带入物品及药品,并于患者床旁行交接。

5.4.3.1.4 鼓励患者/家属参与核对。

5.4.3.2 术后交接

5.4.3.2.1 责任护士于床旁进行交接,交接时根据病例、腕带信息及询问患者进行查对。

5.4.3.2.2 鼓励患者/家属参与查对。

5.4.3.2.3 重点交接患者的生命体征、病情、皮肤、管道、术中特殊情况、重点注意事项等,交接清楚后在《日间手术护理评估及交接记录单》上签字。

5.4.3.2.4 特殊物品交接:影像学资料、患者身体取出的东西。

5.4.3.2.5 应及时进行三方核查,核对《日间手术护理评估及交接记录单》的信息,如有疑问及时与手术室进行核实。

5.4.4 疼痛管理

5.4.4.1 实施疼痛治疗医院与医师需具备卫生行政部门规定的诊疗科目及医师资质,医院规定疼痛治疗服务的范围。

5.4.4.2 建立疼痛的评估程序与追踪疼痛,用临床路径指导疼痛的诊疗活动,规范评估疗效和书写医疗文件。

5.4.4.3 为患者提供疼痛知识教育,关注患者心理。

5.4.4.4 建立疼痛治疗常见并发症的预防规范与风险防范程序,组织相关培训教育。

5.4.4.5 宜建立由手术外科医生、麻醉医生、日间手术病房医护组成的多学科团队共同协作制定并实施日间手术各术种疼痛控制方案。

5.4.5 术后恶心呕吐管理

5.4.5.1 术前护理

5.4.5.1.1 术前筛选恶心呕吐高危人群。

5.4.5.1.2 护理人员向患者讲解恶心呕吐的易感因素、发生机制、处理方式,围手术期的恶心呕吐护理及配合要点,告知患者术后恶心呕吐的可能程度和不良反应。

5.4.5.1.3 为患者制定术后恶心呕吐的预防措施,采取多模式联合干预。

5.4.5.2 术中护理

根据麻醉方式选择合理的预防护理措施。

5.4.5.3 术后护理

5.4.5.3.1 宜指导清醒患者进行适当的口腔运动。

5.4.5.3.2 可指导患者术后半卧位。

5.4.5.3.3 关注患者术后急性疼痛。

5.4.5.3.4 联合应用多模式治疗方法。

5.4.6 静脉血栓管理

5.4.6.1 静脉血栓风险评估

5.4.6.1.1 责任护士选择合适的评估工具。

5.4.6.1.2 患者病情发生变化时，进行动态评估。

5.4.6.2 高风险预防护理

5.4.6.2.1 护理人员向患者讲解静脉血栓的发生机制、高危因素及预防方法，围手术期的静脉血栓护理及配合要点。

5.4.6.2.2 为患者制定个性化的预防措施，教会患者早期功能锻炼预防静脉血栓。

5.4.6.3 术后护理

5.4.6.3.1 指导患者抬高患肢，早期开始大腿、小腿及踝关节肌泵、踝泵活动，必要时采取物理预防或药物预防。

5.4.6.3.2 分别于术后6小时及出院前评估患者静脉血栓风险的分数，根据评估情况采取预防措施。

5.4.6.3.3 出院随访1天，2天，28天追踪患者出院后有无发生静脉血栓情况，如发生静脉血栓或其他并发症及时反馈。

5.4.7 出院准备

5.4.7.1 患者及家属参与。

5.4.7.2 与病房医生、手术医生进行三方评估，确认是否出院。

5.4.7.3 确认患者的出院或转科、转院时间，及时通知患者及家属并沟通。

5.4.7.4 终止各项护理，做好出院或出科记录，完善病历。

5.5 院后管理

5.5.1 日间手术中心或病区应设专人按疾病专科要求对日间手术患者或家属进行随访，随访内容宜强调术后并发症的预防、处理及康复指导，记录随访信息并存档。

5.5.2 随访内容主要包括患者术后康复用药、锻炼、饮食、伤口情况、疼痛及并发症反馈并告知患者复诊或复检时间。

5.5.3 患者出院后2天内应有一次随访，出院随访频次根据患者病情、术式及手术情况由手术医师确定，由日间手术中心或病房负责随访的人员执行。

5.5.4 医院开展日间手术服务满意度调查，可指定专职部门或专人，或委托第三方机构进行。

5.5.5 医院提供多种院外随诊方式，设立日间手术患者随诊、转诊、应急绿色通道，鼓励患者就近至社区医疗机构随诊。

6 应急管理

6.1 跌倒/坠床

- 6.1.1 建立跌倒/坠床的评估、预防与风险防范程序，规范高风险动态评估和书写医疗文件。
- 6.1.2 为患者提供预防跌倒/坠床知识教育，关注患者病情变化。
- 6.1.3 定期分析总结跌倒/坠床护理过程中的问题，组织相关培训教育。
- 6.1.4 制定个性化跌倒/坠床护理方案。

6.2 非计划拔管

6.2.1 风险评估

- 6.2.1.1 责任护士根据患者选择合适评估工具，按照评估对象和流程要求，完成评估和记录。
- 6.2.1.2 患者病情发生变化时，进行动态评估，并与相关科室进行对接。

6.2.2 风险预防护理

- 6.2.2.1 患者及家属签署非计划拔管高风险相应医疗文书。
- 6.2.2.2 护理人员向患者及家属讲解非计划拔管高风险因素及预防措施。
- 6.2.2.3 对高风险患者进行标识。

6.2.3 发生后护理

按照应急预案要求处理，并做持续质量改进。

地方标准信息服务平台

附录 A

(资料性)

日间手术入院预约登记及知情同意书

日间手术入院预约登记及知情同意书见表A.1。

表 A.1

科室:	门诊号:	
姓名:	性别:	年龄:
现住址:		电话:
联系人:	与患者关系:	电话:
主诉:		
现病史:		
既往史: 平素身体状况:	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差
传染病:	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有: _____
糖尿病、高血压、冠心病史:	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有: _____
外伤及手术史:	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有: _____
食物及药物过敏史:	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有: _____
输血史:	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有: _____
其他心肺疾患史:	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有: _____
个人史: 吸烟:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔	<input type="checkbox"/> 有, _____年, 平均_____支/天 <input type="checkbox"/> 已成_____年;
饮酒:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 偶尔	<input type="checkbox"/> 有, _____年, 平均_____两/天 <input type="checkbox"/> 已成_____年;
其他: 婚姻史:	<input type="checkbox"/> 无殊	<input type="checkbox"/> 有特殊: _____
月经生育史(女):	<input type="checkbox"/> 无殊	<input type="checkbox"/> 有特殊: _____
家族史:	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有特殊: _____
病史可靠, 病史陈述者确认并签名: _____ 与患者关系: _____		
体格检查: T _____℃	P _____次/分	R _____次/分 BP _____/_____mmHg
头颅颈部:	<input type="checkbox"/> 无异常	<input type="checkbox"/> 异常: _____
心肺:	<input type="checkbox"/> 无异常	<input type="checkbox"/> 异常: _____
腹部:	<input type="checkbox"/> 无异常	<input type="checkbox"/> 异常: _____
专科情况:		
辅助检查:		
门诊诊断:		
<p>我院为方便患者就医, 进一步缩短平均住院日, 减轻患者的经济负担, 开设日间手术, 医务人员会根据您的病情及时给予恰当的治疗。经初步检查评估, 您目前的疾病符合日间手术准入标准, 如果您同意, 可以入住日间手术中心进行治疗。入住前先行必要的辅助检查, 完成术前分析与麻醉评估, 评估无禁忌后, 可在一日内住院进行日间手术。日间手术主要收治并发症和合并症相对较少、诊疗技术成熟的病种, 可以在24小时内完成手术等诊疗项目的病人, 并在24小时内办理入、出院手续。如检查结果有异常、术前分析与麻醉评估存在禁忌、发生病情变化或有紧急情况等不符合日间手术准入标准者, 将转入普通病房继续治疗。</p>		
医务人员签名: _____		
<p>患者明确意见: 我已仔细阅读以上告知内容并得到医师通俗、详细、具体、明确的解释, 我理解日间手术是为了方便患者就医, 使疾病得到尽快的诊治, 并减轻患者的经济负担。经慎重考虑, _____(手写“我同意”)入住日间病房进行相应的诊治并服从医务人员对我诊疗的安排及宣教指导。</p>		
患者签名: _____ 委托代理人签名: _____ 与患者的关系: _____ _____年____月____日		
<p>经术前检查各项检查指标未见异常, 术前分析与麻醉评估无禁忌, 符合日间手术准入标准, 请您携带住院证, 医保卡, 身份证及所有检查报告单于_____年____月____日到住院处办理住院手续后到日间手术病房入住。期间按照宣教指导做好准备, 祝您早日康复!</p>		
<p>医务人员陈述: 我已将患者收住我院日间病房接受治疗的目的、意义以及出现检查结果异常、病情变化、术前分析与麻醉评估禁忌等可能需进一步转入住院普通病房治疗的情况向患者告知, 并解答了患者关于此次入住日间病房进行日间手术治疗的其他相关问题。</p>		
医务人员签名: _____ _____年____月____日		

附录 B

(资料性)

日间手术护理评估及交接记录单

日间手术护理评估及交接记录单见表B.1。

表 B.1

日期:		姓名:		性别:		年龄:		住院号:	
术前诊断:		拟行手术方式:							
护理评估									
T ____℃	P ____次/分	BP ____/____ mmHg	体重: ____ kg	身高: ____ cm					
语言表达:	<input type="checkbox"/> 清晰	<input type="checkbox"/> 含糊	<input type="checkbox"/> 失语	<input type="checkbox"/> 方言	<input type="checkbox"/> 外语				
皮肤:	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 苍白	<input type="checkbox"/> 发绀	<input type="checkbox"/> 黄染	<input type="checkbox"/> 皮疹	<input type="checkbox"/> 水肿			
	<input type="checkbox"/> 破损	<input type="checkbox"/> 压疮	<input type="checkbox"/> 手术切口	<input type="checkbox"/> 动静脉瘘	<input type="checkbox"/> 其他_____				
视力:	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 障碍	<input type="checkbox"/> 失明						
听力:	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 障碍	<input type="checkbox"/> 失聪						
排尿:	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 少尿	<input type="checkbox"/> 无尿	<input type="checkbox"/> 尿频	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 尿潴留			
	<input type="checkbox"/> 留置导尿	<input type="checkbox"/> 造瘘							
排便:	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 腹泻	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 造口	<input type="checkbox"/> 其他_____			
心理状态:	<input type="checkbox"/> 稳定	<input type="checkbox"/> 焦虑	<input type="checkbox"/> 恐惧	<input type="checkbox"/> 易怒	<input type="checkbox"/> 绝望	<input type="checkbox"/> 其他_____			
压力性损伤危险因素评估:	____分								
跌倒、坠床危险因素评估:	____分								
带管情况:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有____根								
自理能力:	____分 <input type="checkbox"/> 无需依赖 <input type="checkbox"/> 轻度依赖 <input type="checkbox"/> 中度依赖 <input type="checkbox"/> 重度依赖								
患者烫伤风险评估:	____分								
患者走失风险评估:	____分								
资料来源:	责任护士签名:		评估时间: _____						
患者术前交接记录(病房护士与手术室护士交接)									
身份确认:	<input type="checkbox"/> 患者姓名核实 <input type="checkbox"/> 病历核实 <input type="checkbox"/> 腕带核实								
手术标识:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有								
生命体征:	T ____℃	P ____次/分	R ____次/分	BP ____/____ mmHg					
意识状态:	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 意识模糊 <input type="checkbox"/> 躁动 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 昏迷								
药物过敏史:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 药物名称: _____								
皮肤情况:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 破损 <input type="checkbox"/> 压力性损伤 其它_____								
	部位_____	面积_____	*_____	cm ²	部位_____	面积_____	*_____	cm ²	
留置管路:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 中心静脉置管 <input type="checkbox"/> 动脉置管 <input type="checkbox"/> 气管插管								
	<input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 引流管 <input type="checkbox"/> 胃管								
外周静脉通路:	____条 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢								
确认事项:	<input type="checkbox"/> 术前给药 <input type="checkbox"/> 禁食水 <input type="checkbox"/> 备皮 <input type="checkbox"/> 病员服 <input type="checkbox"/> 非月经期								
	<input type="checkbox"/> 摘首饰 <input type="checkbox"/> 无活动义齿 <input type="checkbox"/> 无隐形眼镜								
携带物品:	<input type="checkbox"/> 病历 <input type="checkbox"/> 药物 <input type="checkbox"/> 影像资料 <input type="checkbox"/> 胸/腹带 <input type="checkbox"/> 血制品								
病房护士签名:	手术室护士签名:		交接时间: _____						
患者术后交接记录(手术室护士与病房护士交接)									
生命体征:	P ____次/分	R ____次/分	BP ____ mmHg						
意识状态:	<input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 未清醒 其它_____								
皮肤情况:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 破损 <input type="checkbox"/> 压力性损伤 其它_____								
	部位_____	面积_____	*_____	cm ²	部位_____	面积_____	*_____	cm ²	
术后管路:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 中心静脉置管 <input type="checkbox"/> 动脉置管 <input type="checkbox"/> 气管插管								
	<input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 引流管 <input type="checkbox"/> 胃管								
外周静脉通路:	____条 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢								
携带物品:	<input type="checkbox"/> 病历 <input type="checkbox"/> 药物 <input type="checkbox"/> 影像资料 <input type="checkbox"/> 胸/腹带 <input type="checkbox"/> 血制品								
镇痛泵:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有								
标本:	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有								
手术室护士签名:	病房护士签名:		交接时间: _____						
其它	<input type="checkbox"/> 离院 <input type="checkbox"/> 死亡								